

Aguilar (A.R.)
FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

Contribucion al estudio de la hipertermia local
en la tuberculosis pulmonar

TRABAJO INAUGURAL

QUE PARA EL EXAMEN DE MEDICINA: CIRUJIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

ALBERTO R. AGUILAR

ALUMNO DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

y Miembro de la

"SOCIEDAD FILOPATRICA ETC."

LIBRARY
SURGEON GENERAL'S OFFICE
JUL 12 1899



MEXICO

IMP., LIB. Y LIT. DE J. V. VILLADA, PRIMERA DEL RELOX NUM. 8

1884

C. T. M. Bandera. Sinod. = propriet. =

ACADEMIA DE MEDICINA DE MEXICO

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MEDICAS

TRABAJO LABORAL

LA MEDICINA Y LA SOCIEDAD

ALBERTO A. VELAZQUEZ

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

MEXICO



MEXICO

LA MEDICINA Y LA SOCIEDAD

MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

Contribucion al estudio de la hipertermia local
en la tuberculosis pulmonar

TRABAJO INAUGURAL

QUE PARA EL EXAMEN DE MEDICINA: CIRUJIA Y OBSTETRICIA

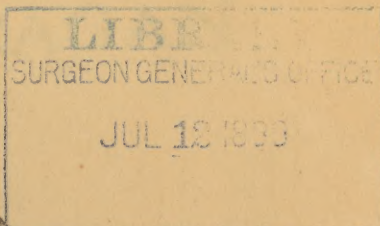
PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

ALBERTO R. AGUILAR

ALUMNO DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

y Miembro de la

"SOCIEDAD FILOYATRICA ETC."



MEXICO

IMP., LIB. Y LIT. DE J. V. VILLADA, PRIMERA DEL RELOX NUM. 8

—
1884

A LA MEMORIA DE MIS PADRES

RECUERDO DE AMOR

AL DR. RAFAEL LUCIO

PROFUNDO RESPETO AL MAESTRO

Veneracion al sabio

AL DR. J. BARRAGAN

PRUEBA DE ESTIMACION

AL LIC. SEBASTIAN ALAMAN

GRATITUD

A LA MEMORIA DE MIS PADRES

EMERSON DE AMOR

AL DR. RAFAEL LUCIO

CONVICTO REPTO AL MARTIRIO

VERGARA (A) 1875

AL DR. J. BARRAGAN

PERO EN SU DEFENSA

.....

AL LIC. SEBASTIAN ALAMAN

GRATITUD



ENTRE las circunstancias que hacen digna de estudio una enfermedad, tenemos muy en cuenta la gravedad, frecuencia y dificultades con que para su diagnóstico se nos ofrece.

Tal consideracion he tenido presente al escojer, como objeto de este imperfecto trabajo, el estudio de la temperatura local en la tuberculosis del pulmon. El gran clínico Peter eleva este signo á la categoría de quasi-patognomónico. Si es así, grande debe ser nuestro empeño en buscar por su verificacion un guía seguro en el diagnóstico, muchas veces difícil, de tal enfermedad. El olvido del estudio de dicha temperatura entre nosotros ;dependerá de que no presenta la importancia que le reconoce el citado clínico ó del desaliento y desconfianza que acarrea el leer ú oir errores, presentados á cada paso en el arte de curar, con el disfraz de la verdad? No

lo sé: impresionado por la lectura de los artículos respectivos en la obra titulada "Lecciones de Clínica Médica" del autor mencionado, creí conveniente inquirir la verdad por la observacion; y aunque no he recojido el número suficiente de hechos para llegar á conclusiones de grande alcance, deseo que al menos las pocas líneas que presento al Jurado Calificador, confiado en que me será indulgente, estimulen á varios de mis compañeros y sobre todo, revivan en algunos de los profesores sus recuerdos sobre la materia y se dediquen á un estudio tan digno, en mi concepto, de su ilustrada atencion.

En efecto; recordando las modalidades clínicas de la tuberculosis pulmonar, ya en su forma aguda, ya en su forma crónica, no podemos menos que reconocer las dificultades á veces insuperables, que nos impiden prestar los auxilios médicos á las víctimas de una diatésis, cuyas manifestaciones no conocen dique en la mayoría inmensa de cosas, sino al principio, y aún en este caso, raras veces.

Ni un solo medio de exploracion de los comunmente empleados, ni todos reunidos, son en general suficientes para darnos seguridad completa en el diagnóstico de la tuberculósis pulmonar incipiente, y aun avanzada, cuando se nos presenta con pocos signos.

Los medios mas útiles en el presente caso, la percusion y la auscultacion, exigen tal perfeccion y delicadeza en su ejercicio, que no es raro ver emplear, estos medios de la manera mas lastimosa; y no solo, sino oír ridiculizar á los clínicos que no dejan escapar uno solo de los detalles de la exploracion. Si á esto agregamos, que para la educacion de los sentidos, se necesita tiempo, concebiremos los tropiezos al principio de la práctica médica, y aun despues, si no hemos puesto verdadero empeño en adquirir la educacion mas perfecta posible de nuestros sentidos.

Nadie negará que es difícil conocer, si son ligeros, los cambios de elasticidad y de resistencia apreciadas por el

dedo percutido y percusor; las débiles modificaciones del sonido en sus principales cualidades, sobre todo, si no nos hemos acostumbrado á apreciarlas convenientemente durante nuestro aprendizaje.

Tampoco es fácil sorprender débiles variaciones de la inspiracion y expiracion al principio de la tuberculósis; cuesta trabajo apreciar la debilidad, sequedad etc. de la respiracion. Por tanto, aun los datos de la percusion y auscultacion son guías infieles que nos llevan á presenciar los *chascos de anfiteatro*, como llama uno de nuestros apreciables profesores, á los grandes errores á que se está expuesto en el arte médico.

Por otra parte, puede la tuberculósis pulmonar confundirse con una pleuresía, pulmonía, dispepsía, anemia y otras enfermedades en que la percusion, auscultacion y otros medios, de que comunmente diponemos, no son suficientes para ponernos á cubierto de una equivocacion.

En confirmacion de lo anterior, citaré algunos *chascos* de dos de nuestros mas acreditados médicos. Casi en série continuada uno de ellos ha confundido con la tuberculósis un absceso hepático, un aneurisma del cayado de la orta, un endocarditis y una fiebre tifoidea. Aquí ha entrado en mucha parte la ligereza en el exámen del enfermo. Pero recuerdo de otro médico, tan cuidadoso como entendido, en cuya exploracion muy detallada estuve presente: habiendo diagnosticado una tuberculosis pulmonar, la autopsia nos desmostró un absceso hepático sin aumento de volúmen del órgano.

Antes de entrar en el estudio del valor positivo de la hipertermia local, investigaremos si debemos darle valor negativo: mas claro, nos proponemos discutir el valor de la hipertermia local y el valor de la falta de esta. Peter parece ligar de un modo absoluto, la existencia de los tubérculos pulmonares con la temperatura local torácica, segun creo deducir de estas palabras del sumario del artículo. "Temperaturas morbosas locales en la tuberculó-

sis pulmonar. La temperatura local del torax se eleva en todos los puntos donde hay tubérculos y desde el momento que estos existen." Igual deducción hacemos de las siguientes palabras: "dicho esto, resulta de mis investigaciones, que luego que existen tubérculos en un punto, la temperatura se eleva en él" (Pag. 429 y 430.) Esto, en mi concepto, quiere decir que no hay tubérculos pulmonares sin que se nos revelen por la hipertermia local. He buscado con cuidado en este autor las pruebas de su aseveracion y no he hallado ninguna que pueda fundarla.

Creo, al contrario, (sin presentar una observacion, porque no encontré un caso apropiado) que muy bien puede admitirse la existencia de tubérculos en el pulmon sin el síntoma hipertermia local.

Esta, segun el mismo autor, depende de la hiperemia trófica (asi llama al trabajo congestivo y flegmático que provoca el tubérculo.) Adonde afluye mayor cantidad de sangre y hay trabajo molecular mas activo, hay tambien mayor produccion é irradiacion de calor: de aqui la hipertermia local tuberculosa.

Recordando los casos en que la necropsia nos muestra tubérculos en el pulmon y otros órganos sin despertar trabajo congestivo ni flegmático, convendremos en la existencia de los tubérculos sin hipertermia local, pues faltan los factores de su produccion.

Pasemos ahora al estudio del valor positivo de la hipertermia local; pero antes es preciso no olvidar las causas de error que pudieran presentarse al colocar el termómetro en los espacios intercostales, el modo de colocarlo y otras circunstancias que no debemos perder de vista.

Así, deberemos recordar que el ejercicio, sobre todo, de los músculos torácicos, la reaccion consecutiva á un baño frio, una cauterizacion puntuada etc, elevan la temperatura por cierto tiempo. De donde debemos deducir que solo la permanencia de la hipertermia, tendrá el va-

lor que procuraremos apoyar en los pocos hechos presentados.

Tambien hay causas capaces de bajar la temperatura local; por ejemplo: un sudor copioso localizado en el tronco y la cabeza, como viene frecuentemente en los tísicos, determina una baja de un grado y mas

Ademas, la elevacion de la temperatura local debe ser por lo menos de $0^{\circ}5$ respecto de la normal, calculada en $35^{\circ}8$, segun las observaciones de Peter; porque muy bien se concibe la poca ó ninguna importancia de variaciones de 1, 2, ó 3 grados explicables por causas fisiológicas.

La aplicacion del termómetro solo puede y debe hacerse en los lugares en que mas accesible está el pulmon, exceptuando el lugar en que se toma la temperatura general. Seria inconveniente por tanto, colocar el termómetro en la region escapular por el considerable espesor de las masas musculares que allí existen. La region anterior y lateral se halla en condiciones favorables para la observacion termométrica.

Peter recomienda que se haga colocando el termómetro por la parte anterior en los dos primeros espacios intercostales; pero puede hacerse aun en el tercero y cuarto sin olvidarse por esto de las relaciones del corazon con la pared anterior. En la region lateral es de necesidad poner el termómetro en estos dos últimos; porque en los dos primeros habria una causa de error, como facilmente se concibe.

Aconseja el mismo autor colocar el termómetro á dos ó tres centímetros del borde esternal; pero es mas conveniente y practicable ponerlo mas hacia afuera de dicho borde, á 3, 4 y aun á 5 centímetros. Asi es mas fácil su aplicacion, atendida la diversa conformacion del torax, y mas eficaz, atendidas las relaciones del pulmon con la pared anterior.

El recipiente del termómetro debe hundirse tanto como se pueda en el espacio intercostal, mantenerse por

el médico, el enfermo ú otra persona de confianza, usando de uno, dos ó tres dedos puestos mas ó menos perpendicularmente al eje del termómetro. El cuerpo de este puede quedar ó no paralelo al espacio intercostal, segun el punto en que se aplique y la conformacion del torax.

No recomendamos, como Peter, poner una faja de la axila al lado opuesto del cuello, porque es difícil pasarla sobre el recipiente y evitar que se desaloje con un ligero movimiento del tronco ó cuello del enfermo. Yo acostumbraba poner transversalmente una faja provista de ojales y terminada por dos cintas: introducía el termómetro en el ojal de manera que, estando entre la cinta y la pared del torax, quedaba mantenido contra el espacio intercostal; y para mayor seguridad recomendaba al enfermo aplicara sus dedos en el recipiente.

Las observaciones que presento las recoji en el Hospital de Jesus Nazareno y de la Purísima Concepcion. Voy á referir primero los casos en que el diagnóstico no ofrecia duda.

Enfermeria de mugeres numero. 17.

Solo vamos á hacer mencion de los signos mas conducentes á nuestro propósito.

Esta enferma no daba antecedentes de familia ni de haber padecido pulmonía; pero indudablemente habia sido atacada de varias pleuresías seguramente tuberculosas: la observacion dió los resultados siguientes.

Inspeccion: tipo paralítico del torax, ⁴undimiento muy considerable de los espacios intercostales superiores.

Lado derecho. Palpacion: aumento de las vibraciones en la parte ántero y pósterosuperior del torax.

Percusion: submacices en la parte pósterosuperior y ánterosuperior hasta la tercera costilla; al nivel del tercero y cuarto espacio intercostal un ruido de olla rajada característico.

Auscultacion: respiracion áspera y expiracion prolongada en la parte alta del torax; al nivel del tercer espacio intercostal ruidos convitarios muy marcados.

Lado izquierdo. Palpacion: las vibraciones parecian normales.

Percusion: sonoridad exagerada en la parte ántero-superior y oscuridad en la póstero superior.

Auscultacion: respiracion débil y un tanto áspera en la parte superior del pulmon y algunos estertores en el vértice.

La observacion termométrica dió los resultados siguientes.

Dia 25	temp ^a gral	37,°3	temp ^a local izq ^a	37,°1	dcha	36,°9
" 26	"	"	36,°7	"	"	37,°3
" 27	"	"	36,°5	"	"	37,°
" 28	"	"	37,°	"	"	37,°3
" 29	"	"	37,°	"	"	37,°2
" 30	"	"	no se tomó	"	"	37,°

Suponiendo que 37° sea la temperatura normal, resulta una diferencia en mas, de 0°3 y en menos, de 0°5 para la temperatura general.

La local es de 1° á 1,° 6 mayor que la normal estando las diferencias de uno y otro lado en los límites fisiológicos.

Hecemos notar que la diferencia térmica no va en consonancia con los signos plesimétricos y estetoscópicos.

Desgraciadamente no pudo hacerse la auptopsia.

Observacion 2^a núm. 11. La enferma que ocupó esta cama habia padecido dos pulmonías.

Percusion: sub macieze hasta el nivel del ángulo inferior del homóplato en los dos lados, siendo mas marcada del lado izquierdo en cuya parte inferior llegaba á una macieze completa: la misma submacieze en la parte anterior hasta el tercer espacio intercostal, siendo mas marcada del lado izquierdo.

Auscultacion: respiracion áspera y pueril en toda la

extencion de la submacicez, siendo mas fuerte del lado izquierdo, que ofrecia un soplo tubario en la porcion maciza.

Observacion termometrica.

Dia	5	temp ^a gral.	39°5	temp ^a local	dcha	37°8	izq ^a	37°
"	6	"	38°4	"	"	38°	"	37°
"	7	"	38°1	"	"	37°2	"	37°
"	8	"	39°	"	"	38°6	"	37°3
"	9	"	39°2	"	"	38°2	"	37°9
"	10	"	38°6	"	"	38°1	"	36°8

En las observaciones posteriores la temperatura local siguió mas elevada del mismo lado.

Auropsia: la lesion estaba mas avanzada del lado izquierdo, pues existian masas caseosas en mayor cantidad que del otro lado, donde habia menos cantidad de masas caseosas y mayor de tubérculos: pero las lesiones de congestion y fegmasia eran mas notables de este último lado.

En esta observacion la temperatura general era 2° 5 mas elevada que la normal, y la temperatura local del lado derecho 2°8 y del izquierdo 2°1 mas elevada que la media local tomando el máximo; la elevacion mínimo de la temperatura general era de 1°1 y la mínimo de la local 1°4 del lado derecho y 1° del izquierdo.

Por tanto, la hipertermia local es mas elevada 0°3 que la general, comparada una y otra con la correspondiente normal, y la local derecha mas elevada que la izquierda, lado en que la lesion estaba mas avanzada.

Observacion 3^a numero 3.

La enferma que ocupó esta cama habia padecido pulmonía.

Percusion: del lado izquierdo submacicez en la parte alta anterior y posterior del torax; macicez en la parte

lateral abajo de la axila sin llegar á los límites inferiores del pulmon. Del lado derecho se notaba oscuridad en la parte posterior del vértice, sonoridad exagerada en la parte anterior y lateral.

Auscultacion: respiracion áspera y pueril en toda la extension de la submacicez, soplo, estertor cavernoso y pectoriloquia en los puntos macizos. Del lado derecho solo habia una debilidad considerable del murmullo vesicular en la parte alta.

Observacion termometrica.

Dia 5	temp ^a gral.	39°	temp ^a local dcha.	38°3	izq ^a	38°1
" 6	"	"	38°3	"	"	37°5
" 7	"	"	38°5	"	"	37°3
" 8	"	"	37°8	"	"	36°8
" 9	"	"	37°6	"	"	36°4

El dia cinco, primer dia de la observacion, se aplicó un vejigatorio volante sobre el esternon

El dia once comenzó á subir la temperatura y desde el trece hicimos las anotaciones siguientes:

Dia 13	temp ^a gral	39,°4	temp ^a local dcha	40°	izq ^a	39,°3
" 14	"	"	39,°3	"	"	39,°4
" 18	"	"	40,°	"	"	40,°1

Por las notas consta, que hasta el dia nueve de Febrero la temperatura local fué casi constantemente mas elevada del lado derecho que del izquierdo, y que las diferencias térmicas locales no pasaron en la mayoría de los casos, como en los dias señalados, de 1, 2, 3,°4 grados.

Auropsia: se confirmó que habia lesiones tuberculosas, probablemente dependientes de una tisis caseosa; pues habia en el pulmon izquierdo una caverna en el lóbulo superior y algunas masas caseosas, y en el derecho tubérculos amarillos en pequeña cantidad y una infiltracion muy abundante de granulaciones grises.

Apuntamos, como datos importantes, la temperatura local mas elevada del lado en que la lesion estaba menos

adelantada; la baja de la temperatura general y local despues de la aplicacion del vejigatorio, de 39° á $37^{\circ}6$ para la primera y desde $38^{\circ}3$ del lado derecho y $38^{\circ}1$ del izquierdo hasta 37° y $36^{\circ}4$; y por último, que la temperatura local llegó no solo á igualar sino á superar la temperatura general.

Hay otras observaciones poco mas ó menos semejantes á las anteriores; pero ya con estas podemos ver que deducciones hacemos para el diagnóstico de la tuberculosis, y si estas están ó no conformes con las de Peter.

¿La hipertermia local de los espacios intercostales superiores es un signo diagnóstico de la tuberculosis? Recordando la enfermedad que toma generalmente asiento en la parte alta de los pulmones y que sus manifestaciones son en general bilaterales; no podemos menos que asentir á la respetable opinion de Peter, considerando dicho signo de suma importancia. Por él se nos revela un trabajo molecular mas activo que pasa en el pulmon en estado patológico; por él sabemos que la produccion de calor, en paralelo con este trabajo, es mayor que la normal. Sin admitir un foco termógeno es imposible explicar la hipertermia parietal torácica; y correspondiendo al vértice del pulmon y siendo bilateral la hipertermia resultante, es casi seguramente tuberculosa.

Pero segun Peter no llegamos simplemente al diagnóstico de tuberculosis pulmonar por medio del signo térmico en que nos ocupamos, sino que conocemos tambien el periodo en que se haya ".....la elevacion de la temperatura, dice Peter, es en general proporcional á la intensidad de los signos morbosos.....hay paralelismo entre el signo térmico y el signo estetoscópico ó plesimétrico, entre la temperatura local y la lesion anatómica."

En las tres observaciones que llevo apuntadas, la lesion tuberculosa estaba mas avanzada precisamente del lado donde la hipertermia local era mas baja; no habia por consiguiente ese paralelismo de que nos habla Peter.

El mismo refiere, sin notarla al parecer, una observacion en que se hizo la inspeccion cadavérica y habia la discordancia que yo he notado en mis observaciones entre el signo térmico y la lesion anatómica.

Trascribo la observacion que hace al caso. "Se trataba pues de una tuberculizacion del lado izquierdo y la neumonia del derecho era tuberculosa.....la temperatura intercostal izquierda era por la noche de 40,°4, á la derecha 0,°5 mas baja (39°9) siendo la axilar 40,°6."

".....A la auptopsia se encontró una basta infiltracion caseosa con caverna y focos caseosos, asi como granulaciones á la izquierda."

' Pues bien: en el caso de que habla, la temperatura al nivel del segundo espacio intercostal derecho, en los puntos en donde se oía el soplo bronquico era de 39,°6 por la mañana y 39,°5 en la noche; á la izquierda era de 38° en la mañana y de 38,°9 por la noche, es decir, habria bajado 0,°1 del lado enfermo y subido 0°,9 del lado supuesto sano.....pero no es esto todo: al día siguiente la temperatura parietal izquierda era de 39° en la mañana siendo á la derecha de 38,°8 inferior por consiguiente 0,°2 del lado enfermo."

Como en nuestro reducido número de observaciones, encontramos casi la mitad de los casos probando lo contrario de lo asentado por Peter, nos vemos en la necesidad de dudar por lo menos de su opinion. Vamos á procurar conciliar nuestro aserto con los fenómenos patológicos.

La hipertermia local es mayor indudablemente alli donde el trabajo congestivo y flegmático es mas activo. Ahora bien: este no siempre está en relacion con la intensidad de la lesion anatómica á tal punto que haya necesariamente un paralelismo completo. En efecto: la clínica lo demuestra y la necropsia nos enseña lesiones avanzadas no solo en receso relativo sino absoluto ¿Cómo era posible una produccion mas abundante de calor al rededor de un foco caseoso ó de una caverna, no

provocando trabajo destructor que en el seno y en los límites de una infiltración granulosa del pulmón donde la congestión y flegmasia están en su apogeo?

En nuestro concepto pues, la hipertermia no indica el grado de la lesión anatómica, sino la intensidad del trabajo molecular productor del calor denunciado por el termómetro. En consecuencia, unas veces habrá concordancia entre el signo térmico y la lesión anatómica y otras disparidad mas ó menos marcada.

Hasta aquí el estudio de la hipertermia local no parece de tanta utilidad: ésta se hace tangible en los casos en que una tuberculización comienza por una calentura, dispepsia etc. sin causa apreciable ó cuando es fácil confundirla con otra enfermedad.

A este propósito citamos las observaciones siguientes.

Observacion 4ª número 9.

En esta enferma lo que mas llamaba la atención era una debilidad general de la respiración, marcada principalmente en los vértices y la calentura que bajó á la temperatura normal por algunos dias para elevarse despues. No se observó sino durante la apirexia y se obtuvieron los resultados siguientes.

Dia 4	tempª	gral.	37º	tempª	local	dcha	36º	izqª	37º2
" 6	"	"	37º3	"	"	"	36º5	"	36º8
" 7	"	"	37º3	"	"	"	36º2	"	36º8
" 9	"	"	37º1	"	"	"	36º5	"	36º8

Enfermeria de hombres.—Observacion 5ª número 9.

Examinado este enfermo por el mes de Enero de este año no presentaba signos plesimétricos y estetescópicos sino muy dudosos. Fué explorado por dos compañeros de los mas entendidos de mi curso y no encontraron signos suficientes para fundar un diagnóstico. Aun se le administró por algun tiempo la quinina en la incertidumbre del diagnóstico.

Examinado en los primeros dias del actual, se notó á la percusión: en los vértices del pulmón, oscuridad en la

parte posterior, siendo mas marcada del lado derecho: en la parte anterior una sonoridad algo exagerada mas notable del lado izquierdo, contando por supuesto con el estado de la pared torácica.

Auscultacion: solo acusa una debilidad en los vértices; un poco abajo de la espina del omóplato, la inspiracion es áspera y débil del lado derecho, áspera y fuerte del lado izquierdo; la expiracion es prolongada de los dos lados, pero un poco mas del izquierdo. Por la parte lateral no apreciamos sino una oscuridad y debilidad del murmullo vesicular.

La observacion termométrica recojida en Enero dió los resultados siguientes.

Dia 5	temp ^a gral.	39,°5	temp ^a local deha	38,°3	izq ^a	38,°3
„ 6	„ „	38,°2	„ „	38,°3	„	38,°2
„ 7	„ „	37,°1	„ „	36,°2	„	36°
„ 8	„ „	38,°2	„ „	37,°2	„	36,°9
„ 9	„ „	no se tomó	„ „	37,°9	„	37,°5

Siguen siendo casi todos las temperaturas locales mayores del lado derecho, hasta el nueve de Febrero que dejó de observarse.

Encontramos la temperatura general 2°,5 mas elevada que en el estado normal y la local 2°1 á 0°4 mas alta que la normal del lado derecho, y 2°1 á 0°2 para el izquierdo.

De estos casos reunidos á los de Peter, deducimos con él, que siendo necesario para que la temperatura se eleve en los espacios intercostales superiores de los dos lados, tanto ó mas que la general, ó solamente mas que la local, que haya un foco termógeno bilateral; este no puede depender en la generalidad de los casos sino de una tuberculosis.

Es evidente, por tanto, la utilidad de la hipertermia local intercostal; y se debe recurrir á ella con tanta ó mas razon que á otros medios de exploracion.

Pero todavia puede darnos un dato mas la hipertermia local en que nos venimos ocupando. La disparidad

térmica de uno y otro lado es tambien suficiente para decidir un diagnóstico difícil en caso de tuberculosis.

Asi en nuestra segunda observacion hay una disparidad térmica dependiente indudablemente de mayor cantidad de calor producido. Si tenemos en cuenta que la tuberculosis generalmente es bilateral y que está mas avanzada en un pulmon que en otro ó que el trabajo flegmático no es igualmente intenso en los dos lados; debemos interpretar la disparidad térmica de que hablamos, considerándola como un signo de tuberculosis.

Advertimos que para darle valor á la disparidad térmica es preciso que llegue á $0^{\circ}5$ y que se mantenga por algunos dias, porque de otro modo seria muy posible que diferencias menores dependieran de causas fisiológicas.

Todavia crece el valor de la hipertermia local decidiendo del diagnóstico en otras circunstancias.

Hay casos en que una pulmonía tuberculosa pudiera tomarse por una simple. Esto sucede cuando las manifestaciones diatélicas del lado opuesto al de la pulmonía son muy poco apreciables. A este propósito refiere Peter una observacion en que la temperatura local aclaró el diagnóstico, equivocado por otros médicos. La temperatura local comparada con la general, la de un lado con la del otro, su defervescencia y sus relaciones con la lesion anatómica, no tienen los mismos caracteres en la pulmonía tuberculosa y en la simple. En la pulmonía simple la hipertermia local es menor que la general, es superior del lado enfermo á la del lado sano $0^{\circ}3$, $0^{\circ}4$, $0^{\circ}7$, su defervescencia es crítica como la de la temperatura general, y por último, la temperatura local fisiológica coexiste con la hepatizacion.

En el caso de pulmonía tuberculosa, que cita Peter, precisamente del lado que se suponía sano se elevó mas la temperatura, al cabo de pocos dias y despues siguió las faces de la temperatura local tuberculosa.

En confirmacion podria citar una observacion aunque incompleta.

Observacion 6ª numero 15.

Este enfermo entró con una pulmonía del lado derecho, al parecer tuberculosa; digo al parecer, porque la lesion en el pulmon izquierdo no presentaba signos suficientes para establecer un diagnóstico seguro. Al cabo de pocos dias la temperatura general bajó á la fisiológica, desapareció el dolor y el enfermo se creyó enteramente curado.

En el lado derecho observamos signos de un endurecimiento pulmonar tan claros, como los que se notan en una franca hepatizacion, y del lado izquierdo los signos eran poco apreciables.

En este caso la observacion termométrica quitó las dudas sobre la curacion definitiva.

Dia 6	tempª	gral.	36°8	tempª	local	deha.	36°4	izqª	36°8
" 7	"	"	37°	"	"	"	37°2	"	37°5
" 8	"	"	36°7	"	"	"	36°1	"	37°1
" 9	"	"	37°	"	"	"	36°2	"	37°

Al tomar estas temperaturas, aun se notaba la macidez del lado derecho y el soplo tubario. No habia por tanto, la resolucion propia de una pulmonía simple; porque, aunque la temperatura general era fisiológica, la local de ambos lados era anormal, y aun mas elevada del lado que podriamos suponer sano.

Es pues un recurso útil y aun necesario en ciertos casos la aplicacion local del termómetro, para no confundir una pulmonía simple con una tuberculosa; esto aun en el caso de que iniciada la resolucion temieramos la presencia de tubérculos.

Pero no solo en caso de pulmonía puede servirnos la hipertermia local, sino tambien tratándose de pleuresía principalmente del vértice. Esta última comunmente es sintomática de tuberculosis pero se dan casos (raros ciertamente) de pleuresía idiopática.

Y aun no siendo de este lugar la pleuresía, pudiera confundirse con la tuberculosis; porque si bien en la ma-

yoría de casos es fácil el diagnóstico de aquella, hay otros en que yerran aun los clínicos distinguidos; tratándose por ejemplo de una tuberculosis generalizada y en personas en quienes como en las mugeres es imposible á veces utilizar la palpacion. A este propósito así se expresa Woillez.

“Una condicion mas ordinaria de error de diagnóstico es la de una infiltracion tuberculosa generalizada á un pulmon y que haga creer en un derrame pleurético por la existencia de una masicez generalizada con debilidad extrema del ruido respiratorio. E. Barthez ha presentado á la Sociedad de Hospitales, un hecho de tuberculizacion de este género que ha tomado por un derrame pleurético. Verliac en su tésis ha reunido ciento veinte observaciones de pleuresía, recojidas en el servicio de Barthez durante once años, y ha demostrado las dificultades del diagnóstico de esta afeccion en los niños con la pulmonía, broconeumonia en estado agudo, y con diferentes formas de tuberculizacion y endurecimientos pulmonares crónicos.”

“Hay pocas afecciones que puedan dar lugar á errores de diagnóstico tan frecuentes como las pleuresías con derrame. Yo creí en una tisis aguda en una muger embarazada, que ofrecia todos los síntomas de una hemobronquitis sofocante y que tenia á la derecha y solamente atras una macicez de arriba á abajo, pero sin egofonia y sin vibraciones vocales, ni á la derecha ni á la izquierda (voz delgada); mientras en todo el resto del pecho el ruido respiratorio estaba remplazado por estertores húmedos y silbantes diseminados. Un dolor vivo que sobrevino despues en las extremidades del diafragma.....me hizo conocer una pleuresía diafragmática complicada de bronquitis grave. La autopsia confirmó este diagnóstico difícil por las adherencias del pulmon derecho por delante, en el vértice y en la base.”

Por otra parte, la pleuresia en muchos casos es sintomática de tuberculosis; y ya para el tratamiento, ya pa-

ra el pronóstico, es de vital importancia tener la certidumbre posible en el diagnóstico.

Para comprender mejor aun la importancia diagnóstica de la hipertermia local torácica, pensemos en los numerosos casos en que la intervencion del cirujano está vacilante por las incertidumbres ó temores de una tuberculosis inminente; y en estos casos el buen éxito de tal intervencion depende muy especialmente de que esté bien indicada. Así sabremos, si debe intervenirse ó nó quirúrgicamente en los derrames; si es peligroso operar una fistula del ano; si no está contra indicada la castracion en caso de testículo tuberculoso; si hay peligro de que se desgracie una amputacion ó queden fallidas las esperanzas del cirujano que la ejecuta, cuando las manifestaciones tuberculosas están algo avanzadas etc.

Tambien podemos utilizar la tantas veces mencionada hipertermia local en casos de dispepsia, de hemotisis, con cuyo último síntoma con razon se preocupan tanto las personas conocedoras de su formidable significacion. En este caso, del valor negativo de la observacion, es decir de la falta de hipertermia, podemos deducir una conclusion favorable; porque si la hemotisis es tuberculosa, significa al presentarse que la diatesis avanza, y en tal caso habrá una hipertermia intercostal denunciadora de dicha diatesis, como lo confirma la clínica.

Por tanto, ya tenemos un dato que nos descubre la hemotisis complementaria ó suplementaria de una menstruacion, ó la que es sintomática de una enfermedad cardiaca.

Todavia debemos señalar los resultados térmicos de la revulsion aplicada al torax en caso de tubérculos; y ver qué podemos esperar de un medio terapéutico desprestigiado por unos y encomiado sobre manera por otros.

Aquí cito una de las observaciones que trae Peter.

“En un jóven atacado de tuberculizacion pulmonar

reciente (seis meses próximamente) poco avanzada en cuanto á las lesiones (respiracion sacudida con crujidos secos en los vértices) y sin calentura, la temperatura local mas elevada que la media $1,^{\circ}7$ y $1^{\circ}3$ bajó $0^{\circ}5$ para un lado y $0^{\circ}6$ para el otro despues de la primera cauterizacion con fierro rojo, cauterizacion puntuada muy superficial de los espacios intercostales superiores."

"La baja local asi obtenida persistió; aunque menor, cinco dias despues de la cauterizacion, época en que tenia $0,^{\circ}3$ de un lado y $0^{\circ}4$ del otro."

"Entonces se practicó una segunda cauterizacion, despues de la cual la temperatura local volvió á bajar $0,^{\circ}3$ despues $0^{\circ}4$ y $0^{\circ}2$ y luego $0^{\circ}4$ del otro lado."

"Esta baja local de la temperatura la he obtenido siempre despues de la cauterizacion con fierro rojo; el mismo resultado se obtiene con los vejigatorios, tintura de yodo y ventosas escarificadas."

En la 3.ª observacion que apunto, la aplicacion de un vejigatorio determinó una baja de la temperatura general de $1,^{\circ}4$; la local, siendo $2,^{\circ}5$ y $2^{\circ}3$ mas elevada que la media, bajó gradualmente hasta haber $1,^{\circ}2$ y $1,^{\circ}7$ de elevacion al cuarto dia y comenzó á subir cinco dias despues de la aplicacion del mencionado vejigatorio

De estas observaciones y de otras que ofrece la clínica, deducimos que la revulsion es de grandes resultados en la tuberculosis. Y en efecto, no podia ser de otro modo si recordamos que la flegmasia tiene un poderoso pábulo en la congestion perifimica, y que si esta se hace imposible ó muy difícil, no subsistirá aquella ó será de menor intensidad

Por eso Peter y uno de nuestros médicos, mas justamente reputados el Sr Liceaga, recurren á la revulsion como á un poderosísimo medio, capaz no solo de hacer mas lento el proceso tuberculoso, sino de dar una curacion duradera, si se ayuda con otros medicamentos.

Para dar una prueba mas en favor de la revulsion, permítaseme recordar los efectos observados en los co-

nejos y ranas cuando se les ha aplicado en el torax. El pulmon se ha puesto marcadamente anémico y ha permanecido en este estado por varios dias.

Vamos á permitirnos presentar las conclusiones, principales á que creemos llegar en este imperfecto trabajo.

1. ° Es probable al menos la existencia de tubérculos sin hipertermia local.

2. ° La hipertermia local de los espacios intercostales superiores denuncia generalmente una tuberculosis.

3. ° Esta hipertermia no está en paralelo con la lesion anatómica, sino con el proceso hiperémico y trabajo molecular: por consiguiente á una lesion avanzada puede corresponder una temperatura local menos elevada que á una lesion de menor grado.

4. ° La disparidad térmica de los espacios intercostales superiores, denuncia comunmente una tuberculosis.

5. ° La hipertermia susodicha es un signo que puede decidir el diagnóstico en casos dificiles de tuberculosis incipiente.

6. ° Decidirá igualmente el diagnóstico, pronóstico y tratamiento en casos de pulmonía y pleuresia que ofrezcan ciertas dificultades.

7. ° Decidirá si conviene ó nó la intervencion quirúrgica en las manifestaciones patológicas que coexisten generalmente con los tubérculos.

Al presentar este trabajo estoy bien convencido de su falta de mérito. Espero, sin embargo, de la ilustracion del Jurado Calificador, lo acepte tomando en cuenta las dificultades de cualquiera cuestion médica, y mi deseo en cumplir con la ley segun lo permiten mis fuerzas.

México, Abril de 1884.

A. R. Aguilar.

